

VD_GERICHTE ZD20.026583 vom 18. Februar 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.026583

FR: VD_GERICHTE ZD20.026583 du 18 février 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.026583 del 18 febbraio 2021

Erwägungen

E. 18

avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 6. a) En l'espèce, il est incontesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de monteur en chauffage depuis l'accident survenu le 14 juillet 2016, au cours duquel il s'est blessé à l'épaule droite et au dos. S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée et de ses limitations fonctionnelles, il apparaît que les avis médicaux recueillis par l'intimé sont quasiment unanimes sur ces questions. b) Il ressort des pièces communiquées par la CNA à l'intimé que le recourant a fait l'objet de plusieurs évaluations spécialisées. On peut mettre en évidence les conclusions retenues au sein de la Clinique J._____, dont le rapport du 19 juillet 2018 fait état des éléments suivants : « [...] A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs à l'épaule droites, continues à 5/10, insomniantes, avec dérouillage matinal de plus de 1 heure. Les douleurs sont péjorées lors du port de charges légères ainsi que lors du port de son enfant de 17 mois. De plus, il se plaint de douleurs continues au niveau lombaire à 8/10 lors de la position statique prolongée et du port de charges. Le patient est soulagé en décubitus dorsal et présente occasionnellement des lombosciatalgies non-déficitaire à droite. [...] Examens radiologiques avant l'hospitalisation :

- 14 - 24.08.2016 - CT colonne lombaire : absence de lésion osseuse traumatique.

05.10.2016 - IRM épaule droite : signes pour fracture-impaction de la grande tubérosité de l'humérus. Tendinopathie d'insertion du sus-épineux avec une discrète lame de liquide dans la bourse. Le sous-scapulaire est en place, sans lésion. Pas de lésion au niveau du biceps.

23.03.2017 - Arthro-IRM épaule droite : status post-réparation de la coiffe des rotateurs, avec deux artéfacts au niveau de la tête humérale, en rapport avec du matériel chirurgical. Persistance d'une lésion partielle non transfixiante de la partie superficielle du sus-épineux avec un tendon en continuité. Le biceps est en place dans la gouttière. Pas de lésion du sous-épineux ni du sous-scapulaire. Excellente trophicité de ces 2 muscles. Pendant l'hospitalisation :

08.06.2018 - RX épaule droite : encoche au niveau de la grande tubérosité dans le contexte post-fracture. Légère ascension de la tête humérale. 15.06.2018 - RX colonne lombaire : morphologie et hauteur des corps vertébraux conservée, sans perte de hauteur des espaces inter-somatiques. Remaniements dégénératifs de la moitié inférieure des articulations sacro-iliaques ddc [réf. : des deux côtés], à prédominance droite.

26.06.2018 - IRM épaule droite : status post-réparation de la coiffe des rotateurs, avec deux artéfacts au niveau de la tête humérale, en rapport avec du matériel chirurgical. Lésion de la partie postérieure du tendon supra-épineux avec des fibres intègres postérieures à cette lésion et une partie antérieure intègre également, sans rétraction tendineuse. Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

[...] Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues (limitations estimées à ce que le patient veut bien nous montrer au vu d'une autolimitation importante) : mouvements répétitifs avec le MSD [réd. : membre supérieur droit], port de charges au-dessus de 90° de flexion avec le MSD, port de charges en-dessous limité à 15 kg, pas de restriction en-dessous de 7.5 kg. Pas de limitation dans les travaux fins. La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical. Une stabilisation est attendue dans un délai de 6 semaines. La poursuite d'un traitement de physiothérapie ambulatoire à visée d'amélioration de l'endurance et de la force du patient pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie du patient ; en revanche, les limitations fonctionnelles ne vont plus changer de manière significative. [...] » Le recourant a ultérieurement été examiné par le Dr L._____, lequel a communiqué son rapport d'examen final à la CNA le 18 septembre 2018, concluant notamment en ces termes : « [...] Objectivement, l'épaule D [réd. : droite] est souple, beaucoup moins douloureuse qu'auparavant, avec des signes de conflit qui restent discrètement positifs. Le Jobe est tenu. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel. La

- 15 - mobilité a beaucoup progressé. Globalement, l'épaule D, qui a conservé une bonne musculature, a une bonne force. La sensibilité est préservée. L'IRM de contrôle du 26.06.2018 montre une coiffe des rotateurs en continuité. Pour moi, il s'agit d'un bon résultat objectif après réinsertion du sus-épineux et je ne vois pas quelle mesure thérapeutique serait susceptible d'améliorer notablement la situation. Malheureusement, je n'ai pas le sentiment que M. B._____ soit dans une démarche de recherche d'emploi et la Suva devrait clore le cas pour ce qui la concerne puisqu'il dit souffrir toujours passablement du dos et être en traitement pour cela. Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du séjour à la Clinique J._____. Dans une activité adaptée, il est clair que la capacité de travail est entière. [...] » On peut certes constater, à l'instar du recourant, que l'appréciation du Dr L._____ a trait exclusivement à la symptomatologie de l'épaule droite. Tel n'est en revanche pas le cas de l'évaluation opérée au terme du séjour à la Clinique J._____. Les spécialistes de dite clinique ont en effet investigué tant la problématique de l'épaule, que celle du rachis, avant d'énoncer des limitations fonctionnelles en accord avec l'état de santé global du recourant. c) Il en va d'ailleurs de même du spécialiste traitant du recourant, le Dr F._____, en charge de son cas depuis l'accident du 14 juillet 2016. Ce dernier a notamment indiqué ce qui suit à la CNA dans son rapport du 14 juin 2017 : « [...] Sur la base du pronostic de récupération de son épaule droite, chez un patient également connu pour des lombalgies chroniques, une reconversion professionnelle sera nécessaire, dans une activité sans effort (maximum 2-5 kg), sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit, ni de mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste. A ceci viennent s'ajouter des limitations fonctionnelles du rachis lombaire, le patient ne pouvant rester en position assise ou debout, ni marcher de manière prolongée. [...] » Ultérieurement, dans un rapport à l'intimé du 31 octobre 2018, le Dr F._____ a une nouvelle fois souligné les limitations fonctionnelles globales du recourant en ces termes :

- 16 - « [...] Les douleurs au repos étant sous contrôle, la problématique principale de Monsieur B._____ est son aptitude au travail. Au vu des séquelles liées à son épaule mais également au rachis, il est préférable d'envisager une activité sans effort, sans mobilisation répétitive du membre supérieur ni mobilisation de l'épaule au-dessus du buste. A ceci, viennent s'ajouter les limitations liées au rachis, à savoir pas de position debout ou

assise prolongées. [...] » Sur question de l'intimé, ce spécialiste a fourni la réponse sans équivoque ci-après le 24 juin 2019 : « 1. Pouvons-nous retenir que dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétitifs et/ou de port de charges au-dessus de 90° avec le membre supérieur droit, pas d'activité répétée avec ce bras au-dessus de l'horizontal, pas de port de charge de plus de 15 kg, pas de position debout ou assise prolongée), la capacité de travail est entière ? Oui, en tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière. La limitation liée à la charge est de maximum 5 kg. [...] » d) Compte tenu de l'appréciation communiquée par le spécialiste traitant susmentionné et de l'évaluation exhaustive du cas effectuée au sein de la Clinique J. _____, il s'agit d'écarter les griefs du recourant, en ce qu'il considère que l'estimation de sa capacité résiduelle de travail, sur laquelle se fonde l'intimé, ne retiendrait qu'une partie des atteintes à la santé l'affectant. Ainsi qu'il ressort des documents cités ci-dessus, tout particulièrement de la réponse communiquée par le Dr F. _____ le 24 juin 2019, il apparaît au contraire que la symptomatologie présentée au rachis a été prise en considération, en lien avec les risques impliqués par une position statique prolongée, mais également par le port de charges excédant 5 kg. 7. a) Reste à déterminer si les rapports d'expertise privée, produits par le recourant auprès de l'intimé au stade de la procédure d'audition, font état d'éléments supplémentaires ou déterminants, de nature à remettre en question les conclusions de la Clinique J. _____ et de son médecin spécialiste traitant.

- 17 - b) Dans son rapport du 28 août 2019 au mandataire du recourant, le Dr M. _____ mentionne les éléments suivants : « [...] Je vois M. B. _____ à ma consultation sur votre demande concernant une expertise de son état de santé actuel. Le patient est venu au rendez-vous sans son dossier et sans imagerie. Cette consultation est faite avec l'anamnèse du patient, des documents présents sur le serveur de la Clinique [...] et certains documents que j'ai fait venir du Centre hospitalier D. _____, ainsi que la Rx de la colonne cervicale du 5.7.19 que le patient m'a apporté par la suite. Le patient est connu pour deux accidents ; un en 2003 ayant laissé des séquelles au niveau lombaire et un il y a trois ans au niveau de l'épaule droite avec une rupture du sus-épineux et une fracture de l'humérus proximal droit. [...] Ce jour, M. B. _____ décrit des douleurs lombaires basses, qui se trouvaient au début à droite mais qui irradient actuellement en ceinture des deux côtés. Les douleurs peuvent irradier dans la jambe gauche jusqu'à la face latérale de la cheville gauche et dans la jambe droite irradiant sur la face latérale et postérieure de la cuisse, de la cheville et du mollet. Il a l'impression que sa jambe droite est endormie. Depuis l'accident, il dit manquer de force dans les genoux. Il n'arrive pas à se lever d'une chaise ; il est obligé de s'appuyer sur les bras pour se lever de sa chaise. Le passage de la position assise à la position debout doit se faire à l'aide des bras. Les douleurs sont présentes dans toutes les positions. Il dit devoir sans arrêt changer de position et doit souvent se coucher pendant la journée. S'il est couché, il doit se mettre sur le côté gauche pour se soulager, mais il dit avoir tout de même de plus en plus de peine à trouver sa position antalgique. Il me dit également que lorsqu'il a très froid, il a de la peine à bouger. [...] Monsieur B. _____ présente une double pathologie, un accident récent provoquant des séquelles au niveau de l'épaule droite. Cette problématique est documentée dans le courrier du Dr K. _____ ; il conclut à une capacité de travail à 100 % dans un travail adapté avec un port de charge limité à 5 kg. En ce qui concerne le problème lombaire, le patient ne présente pas de séquelles radiologiques d'un accident à proprement parler. Dans son histoire et son dossier, le patient présente des douleurs lombaires déclenchées suites à un accident, mais radiologiquement il présente des troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1, avec une ancienne hernie L5-S1 droite diagnostiquée

il y a plus de 10 ans. La question ici n'est pas de savoir si ce problème lombaire est lié à un accident ou pas. Le patient est fortement gêné par ce problème. Pendant plusieurs années, le patient a travaillé en tant que chauffagiste avec la prise d'Oxycontin®. Nous pouvons dire qu'il a fourni un effort important pendant ces années pour garder une activité professionnelle dans un travail lourd. Actuellement, le patient n'a pas de limitation fonctionnelle à proprement parler au niveau de la fonction de la colonne, mais une limitation liée aux douleurs chroniques ressenties par M. B._____. Il a actuellement des douleurs lombaires depuis 16 ans avec la nécessité de prendre des antalgiques type morphiniques depuis une

- 18 - dizaine d'années. Il est clair que dans cet équilibre, le nouvel accident, même s'il n'est pas directement lié à la colonne, a aggravé la situation. Il me semble illusoire de prétendre que le patient ne présente que 14 % d'incapacité de gain. Aucune prise en charge chirurgicale ne pourrait améliorer cette situation actuellement. Je pense qu'en l'état actuel, avec des lombalgies chroniques depuis plus de 16 ans qui n'ont jamais réellement été améliorées par une prise en charge conservatrice (infiltrations de différents type, hospitalisation URR), les chances d'espérer une amélioration dans le futur sont minimes. Selon moi, le patient a une capacité de travail limitée à maximum 50 % dans un travail adapté avec un port de charge limité à 5 kg (épaule et dos) sans porte-à-faux et pas de mouvement de rotation du tronc. Il faudrait favoriser des changements de positions fréquents. [...] » On ne peut que constater que les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr M._____ rejoignent pour l'essentiel celles retenues tant par la Clinique J._____ que par le Dr F._____. En particulier, les restrictions liées au port de charges supérieures à 5 kg et aux positions statiques prolongées ont été expressément énoncées par ces derniers. Quant aux limitations relatives au porte-à-faux et aux mouvements en rotation du tronc, on ne voit pas que celles-ci soient susceptibles d'influer sensiblement sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité légère à plein temps. S'agissant de l'estimation d'une capacité de travail partielle à hauteur de 50 %, le Dr M._____ ne relate aucun constat objectif nouveau qui permettrait d'expliquer une telle restriction. Au contraire, ce praticien justifie son appréciation exclusivement sur la base de l'anamnèse et les plaintes douloureuses alléguées par le recourant. Par ailleurs, il admet expressément que « le patient ne présente pas de limitation fonctionnelle à proprement parler au niveau de la fonction de la colonne », de sorte que son avis ne permet pas d'écarter l'appréciation motivée et réitérée du Dr F._____, ni les observations consignées au sein de la Clinique J._____. On ajoutera que ses doutes quant à l'incapacité de gain fixée par la CNA sortent manifestement de son champ de compétences. Il s'agit donc de déduire que le Dr M._____ n'a fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui justifierait son avis isolé portant sur une capacité de travail restreinte dans une activité adaptée.

- 19 - c) Quant au Dr K._____, il a communiqué les conclusions suivantes en lien avec son examen de l'épaule droite du recourant, dans son rapport du 29 août 2019 : « [...] Concernant l'épaule droite, le patient montre des signes de bursite sous-acromiale avec également une tendinopathie du long chef du biceps. Il est suivi par le Dr F._____ qui va évaluer la suite de prise en charge à sa prochaine consultation. Au sujet de la répercussion sur le travail, le patient est, à mon avis, apte à un travail adapté avec port de charge inférieur à 5 kg et interdiction de mouvement au-delà de l'horizontale avec un rendement de 100 % si le travail est adapté. [...] » Ce praticien s'étant rallié aux autres avis médicaux en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles, il n'est ainsi

d'aucun secours au recourant. d) Sur le vu de ce qui précède, force est de rejeter la conclusion du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise, éventuellement judiciaire, de son cas. En l'absence de tout constat médical nouveau ou ignoré de l'intimé à la date de la décision litigieuse, on ne voit en effet pas qu'une nouvelle évaluation médicale permettrait de fournir un éclairage différent de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative légère à plein temps et plein rendement, ainsi que des limitations fonctionnelles liées à la symptomatologie de l'épaule et au rachis. 8. a) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après

- 20 - quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 128 V 29 consid. 1). b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). 9. a) En l'espèce, le recourant ne fait valoir aucun grief à l'encontre de l'évaluation de son degré d'invalidité, fixé à 9,56 %, singulièrement des revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé. Le revenu sans invalidité a en l'occurrence été fixé sur la base du rapport d'employeur fourni par C. _____ SA le 17 mai 2017, tandis que le revenu d'invalide résulte des statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Les chiffres concernés ne prêtent effectivement pas flanc à la critique, étant souligné que l'intimé

- 21 - s'est conformé aux exigences de la jurisprudence fédérale à cet égard (cf. consid. 8a supra). b) Le taux d'invalidité pris en considération par la CNA, dans sa décision du 23 avril 2019, s'avère toutefois légèrement plus élevé, à hauteur de 14 %, que celui mis en évidence par l'intimé. Cette différence s'explique par un abattement de 5 %, opéré par la CNA sur le

revenu statistique d'invalidé pour une activité adaptée exercée à 100 % (cf. concernant l'abattement sur le salaire statistique : ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Dans le cas particulier, même s'il fallait tenir compte d'un tel abattement et partant, du degré d'invalidité mis en évidence par la CNA, cela demeurerait sans incidence sur le droit aux prestations du recourant. c) Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrant pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI), l'intimé était fondé à mettre fin au versement de cette prestation à l'issue du délai de trois mois suivant la date de l'examen médical final réalisé par le médecin d'arrondissement de la CNA (cf. art. 88a al. 1 RAI). 10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision de l'intimé du 5 juin 2020 confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe. c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs,

- 22 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 5 juin 2020 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à : - Me Corinne Monnard Séchaud, à Lausanne (pour B. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.